GACHEO, L de la Rue de
1876

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1876 — N° 486

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 21 décembre 1876, à 2 heures.

Par L. DE BALTHASAR DE GACHEO

Né à Bazas (Gironde), le 26 février 1852.

Aide-major stagiaire au Val-de-Grâce.

ÉTUDE

SUR LE

TUBERCULE SOUS-CUTANÉ DOULOUREUX

Président de la Thèse : M. GOSSELIN, *professeur.*

Juges : MM. G. SÉE, *professeur.* DELENS, FERNET, *Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1876

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. ULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRE
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle et médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	N. N.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. TRÉLAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SÉE (G.). LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen honoraire : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :
MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER	CHARPENTIER.	FERNET.	LÉCORCHÉ.
BERGERON.	DAMASCHINO.	GARIEL.	LE DENTU.
BLUM.	DELENS.	GAUTIER,	NICAISE.
BOUCHARD.	DE SEYNES.	GUÉNIOT.	OLLIVIER
BOUCHARDAT.	DUGUET.	HAYEM.	RIGAL.
BROUARDEL	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER.
CADIAT.	FARABEUF.	LANNELONGUE.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	BLACHEZ.
— des maladies mentales et nerveuses	BALL.
de l'ophthalmologie	PANAS.
— des maladies des voies urinaires	GUYON.
— des maladies syphilitiques	FOURNIER
Chef des travaux anatomiques	Marc SEE.

Le Secrétaire : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de piété filiale

A MES FRÈRES ET PARENTS

A MES AMIS

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ECOLE DE REIMS

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DF PARIS

MM. LES DOCTEURS BROUARDEL, LIOUVILLE, GRANCHER

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NICAISE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOSSELIN

Hommage respectueux

ÉTUDE

SUR LE

TUBERCULE SOUS-CUTANÉ DOULOUREUX

AVANT-PROPOS.

Dans l'étude que nous allons faire du tubercule sous-cutané douloureux, nous n'affectons pas la prétention d'avoir découvert un mal jusqu'alors ignoré. Cette affection était connue et décrite, mais tout en rendant justice à la science d'observation de nos maîtres et prédécesseurs, nous devons reconnaître que leurs descriptions ont été souvent incomplètes sur ce sujet. Le côté anatomique de la question est celui qui présentait le plus de lacunes, et, comparant les opinions diverses qu'ils ont émises sur la nature de ces productions morbides, nous avons été à même de nous convaincre de l'incertitude qui règne encore aujourd'hui sur ce point de l'histoire du tubercule sous-cutané douloureux. C'est à l'aide des moyens d'investigation que la physique et la chimie ont mis entre nos mains, que nous avons cherché à dissiper ces obscurités, et nous avons pensé utile de publier les quelques observations nouvelles que nous possédons.

Notre but n'a donc pas été de donner une description nouvelle d'une maladie connue déjà depuis longtemps, mais bien de faire ressortir son unité clinique et sa multi-

plicité anatomique. C'est, pensons-nous, pour ne pas s'être assez attachés à étudier, pour ainsi dire, séparément ces deux points, que les auteurs qui s'en sont occupés jusqu'à ce jour, ont laissé planer une sorte de confusion et de demi-obscurité sur une partie de l'histoire du tubercule sous-cutané. Et, en effet, cette lésion se présente toujours de la même manière au clinicien, le groupe de symptômes qui lui permettent de la reconnaître, l'autorise aussi à la considérer comme une entité morbide, ayant son histoire à elle et une place bien définie en pathologie ; mais il n'en est plus de même pour le micrographe qui étudie les variétés de structure et la configuration intime de ses éléments.

Pour le premier, c'est toujours une tumeur donnant naissance à une douleur de caractère spécial ; pour le second, c'est tantôt un fibrome, tantôt un lipome, tantôt quelque autre production morbide, résultat de l'agencement et de la disposition des éléments anatomiques. C'est sur ce point que nous avons dirigé et concentré tous nos efforts, afin de bien le mettre en évidence.

Puissent nos recherches et nos observations remplir le but que nous nous sommes proposé, de compléter l'étude de cette lésion et de mériter l'approbation de nos maîtres. Mais, connaissant notre faiblesse, nous réclamons, dès à présent toute la bienveillance de nos juges, et les prions d'agréer notre premier pas dans la science comme un témoignage de l'estime et de la reconnaissance que nous leur devons. Nous remercions M. Gosselin, notre président de thèse, de la bonté avec laquelle il a bien voulu recevoir l'hommage de ce travil, ainsi que M. Nicaise qui nous en a suggéré l'idée et nous a constamment aidé de ses conseils.

Nous prions aussi M. Labbé, qui nous a autorisé à reproduire dans notre travail une observation prise dans son service, et M. Rémy, interne des hôpitaux, à l'obligeance

de qui nous devons la plupart de nos examens histologiques, de recevoir nos plus sincères remerciements.

HISTORIQUE.

Cette affection, dont le symptôme principal est une douleur aiguë, tantôt lancinante, tantôt pongitive, à forme paroxystique, spontanée ou réveillée par la pression, et s'irradiant d'un point très-circonscrit, semble n'avoir pas échappé à l'attention des premiers médecins. En effet, Hippocrate, Galien, Avicenne, Jean de Viégo, lui donnent successivement les noms de *tubercule*, *nodus*, *ganglion nerveux*. Plus tard, Ambroise Paré (1) lui attribuant les mêmes symptômes, semble la confondre avec les exostoses syphilitiques, quand il écrit : « Nodus est tumeur ronde, dure, immobile, ainsi dite par similitude qu'elle a d'un nœud de corde. Nous la prenons communément pour une tumeur dure qui vient ès-os, laquelle est assez fréquente aux verrollez. » Vers le milieu du XVIIIe siècle, l'attention des observateurs est attirée de nouveau sur cette question, et nous lisons dans Camper (2) : « Non raro in nervis cutaneis « tubercula parva ac dura observantur, quæ vera ganglia « sunt. Pisi magnitudinem non excedunt..... Albicant in- « tus, cartilagineæ duritiæ sunt, renitentia et intra nervo- « rum tunicas sedem habent. » Cheselden (3) a, dit-il, « vu deux fois immédiatement, sous la peau du tibia, une petite tumeur aussi grosse qu'un pois excessivement douloureuse et dure ; elle fut guérie par l'extirpation. »

Voici enfin les propres paroles de M. A. Petit (4) : « Les

(1) Ambroise Paré, Œuvres chirurgicales, 7e livre.

(2) Camper, Démonstration d'anatomie pathologique, liv. 1, p. 11, 1760.

(3) Cheselden, 1763, Traité d'anatomie.

(4) M. A. Petit, 1799, Discours sur la douleur, Lyon, an VIII, p. 15, broch. in-8°.

ganglions nerveux sont très-peu connus, ils se présentent sous la forme de petits corps, du volume d'une fève, très-durs, mobiles, sans couleur de la peau, survenus dans des endroits frappés, ou sans cause apparente, qui occasionnent des douleurs cruelles par le toucher le plus léger, dans les mouvements un peu violents, et par les changements de temps. Aucun topique ne les soulage, l'extirpation seule les guérit. La dissection montre un tubercule blanc, enveloppé d'une membrane fibreuse, ordinairement adhérent à la peau, assez libre dans le tissu cellulaire où il ne paraît tenir qu'aux filets nerveux dont il est l'épanouissement. » Bien qu'au point de vue clinique ces données se rapprochent beaucoup de la vérité, il nous faut cependant arriver jusqu'à William Wood (1) pour en trouver une étude vraiment scientifique.

La dénomination de tubercule sous-cutané douloureux ou *painful subcutaneous tubercle*, que lui a donnée ce médecin d'Edimbourg, a facilement prévalu, et de nos jours encore est acceptée par la plupart des auteurs.

Pendant une période de treize ans, cette question paraît n'avoir été l'objet d'aucun travail important, tout au moins les recherches que nous avons faites ne nous ont-elles conduit à aucun résultat. C'est alors que Descot (1) et Jaumes (2) en firent l'un et l'autre mention dans leur thèse inaugurale. Les opinions qu'ils y émettent ont une trop grande valeur dans l'historique de la question pour que, dès à présent, nous n'en disions pas quelques mots.

(1) W. Wood, 1812, Journal médical et chirurgical d'Edimbourg, t. VIII, p. 283.

(2) Descot, 1825, thèses de Paris, n° 233, Dissertations sur les affections locales des nerfs.

(3) Jaumes, 1828, thèse de Paris, n° 151, Sur une espèce particulière de tumeur fibro-celluleuses enkystées, attribuées mal à propos à une affection des nerfs.

Le premier, faisant entrer le tubercule sous-cutané douloureux dans sa dissertation, nous indique tout d'abord qu'il le regarde comme une véritable affection des nerfs ; il ne croit pas qu'il soit légitime de le différencier du névrome. Mais il fait du moins une profonde distinction entre les névromes et d'autres tumeurs qu'il dit siéger aussi sur les nerfs. Se basant sur la matière dont elles sont formées, il leur attribue la *nature cancéreuse*, tantôt, dit-il en parlant de ces dernières, ce sont des squirrhes, et tantôt des encéphaloïdes. Jaumes, au contraire, qui semble du reste n'avoir été que l'écho des idées de Dupuytren, fait une classe commune du tubercule sous-cutané et du névrome, qui pour lui sont des *cancers des nerfs*.

Ce n'est que onze années plus tard que Dupuytren (1) fit ses leçons cliniques, dont nous avons cru devoir extraire quelques passages, afin de mettre le lecteur au courant de l'idée que s'en était formée ce chirurgien. « Elles sont, dit-« il, fibro-celluleuses, ont une forme à peu près ronde, ne « dépassent jamais la grosseur d'un pois, sont situées pres-« que toujours sous la peau, sur le trajet des membres, et « se terminent par le ramollissement cancéreux. » Plus loin, il ajoute : « Des observations nombreuses m'ont prouvé « qu'elles sont tout à fait étrangères aux nerfs. J'en ai « disséqué plusieurs, avec un soin minutieux, sur le ca-« davre, et pour mieux m'assurer de leur nature, j'ai, en « les extirpant enlevé une assez grande quantité de tissu « cellulaire, jamais je n'ai vu le plus petit filet nerveux « adhérer à leur surface. Leur tissu est évidemment fibro-« celluleux, un peu albumineux, et avec le temps il devient « squirrheux. — Il est homogène, d'un blanc terne, sans

(1) Dupuytren, Leçons orales de clinique chirurgicale, t. I, p. 530, Sur une espèce particulière de tumeurs fibro-celluleuses enkystées, dites ganglions ou tubercules nerveux.

« vestiges de cavités ni de cloisons, d'une consistance fi-
« breuse, fibro-cartilagineuse ou cartilagineuse. L'ongle,
« enfoncé dans l'épaisseur de ce corps, fait entendre un
« léger craquement, il est recouvert d'une enveloppe
« opaque, dense, fibro-celluleuse, véritable kyste qui s'op-
« pose à son développement et détermine probablement les
« vives douleurs que ressentent les malades. »

Cette exposition un peu détaillée que nous venons de faire, était utile pour bien indiquer les divergencs d'opinions des différents auteurs.

Des observations qu'il a publiées, le professeur Wilmot (1) tire cette conclusion : que si l'intensité de la douleur peut faire croire quelquefois à un cancer, il n'en est pas moins certain que jamais ces tumeurs ne présentent de malignité ni de reproduction ganglionnaire après l'extirpation. C'était, on le voit, se mettre en opposition formelle avec les idées émises à la même époque par Dupuytren et aussi par Boyer, qui les rattachait volontiers aux squirrhes.

Velpeau (2), en les désignant sous le nom de *tumeurs névromatiques*, indique assez nettement qu'il n'a aucune raison d'en faire une classe à part des névromes. Nous trouvons consigné plus loin, dans son Traité, que ces tumeurs, à caractère douloureux très-violent, siégent aussi bien sur les nerfs superficiels que sur les profonds. On doit donc admettre que, pour ce chirurgien, la confusion des deux maladies était absolue.

Nélaton (3), du reste, est encore imbu de l'erreur enseignée par Dupuytren, car il décrit aussi cette affection sous le nom de tumeurs squirrheuses enkystées. Et qu'on ne

(1) Wilmot, Obeervations de petites tumeurs douloureuses développeés sous la peau, 1839, Gaz. méd., p. 426.

(2) Velpeau, Traité de médecine opératoire, t. III, p. 101.

(3) Nélaton, Pathologie chirurgicale, 1844, t. I, p. 401.

pense point qu'il ait voulu indiquer quelque autre maladie, car dans les symptômes qu'il en donne, il spécifie les douleurs lancinantes à paroxysmes souvent déterminés par la pression, revenant à des intervalles irréguliers, et dont l'intensité augmente avec l'âge de la maladie. Puis, plus loin, il considère le pronostic à deux points de vue, suivant que le tubercule existe sans adhérences cutanées ou qu'il est arrivé à la période d'ulcération, ce qui, dit-il avec Dupuytren est bien certainement leur terminaison naturelle. Nous trouvons ici la confusion la plus fâcheuse, c'est-à-dire celle avec le cancer.

Nous arrivons enfin à l'excellent ouvrage de M. Broca (1), qui permet d'envisager cette question dans son véritable jour. L'excellent article que lui a inspiré ce sujet nous a été d'une très-grande et réelle utilité, aussi ne craignons-nous pas d'avouer que, là surtout, nous sommes allé chercher nos renseignements et beaucoup de nos idées. Pour ce professeur, le caractère douloureux n'est nullement essentiel à la tumeur et serait bien plutôt déterminé par la nature même des individus, par un état spécial de l'organisme, qui est l'irritabilité. Partant de cette idée, il pense qu'on devrait les appeler des *tumeurs irritables*. Nous reviendrons plus loin sur ce point de savoir quel serait le meilleur nom à adopter, et nous discuterons alors les raisons qui ont poussé M. Broca à introduire cette nouvelle dénomination. A partir de cette époque nous ne retrouvons plus, dans la science, les contradictions que nous y avons vues dans les premiers temps. La seule discussion qui subsiste est de savoir si ces tumeurs sont en connexion avec les nerfs, ou si elles sont, en réalité, isolées dans le sac que leur forme le tissu cellulaire. A ce sujet, les auteurs diver-

(1) Broca, Traité des tumeurs. Des tumeurs irritables, 2e partie, p. 470.

gent encore, et nous voyons paraître successivement des travaux de Bouchage(1), Berrue (2), Richard (3), une observation du professeur agrégé Tillaux (4), daus lesquels le tubercule sous-cutané est considéré, tantôt comme un névrome, tantôt comme un fibrome pur ou un adénome.

Telle est la question que nous nous sommes surtout efforcé d'éclaircir, nous aidant en cela des observations microscopiques qui, seules, peuvent faire arriver à la découverte de la vérité.

DU NOM QU'IL SERAIT PRÉFÉRABLE D'ADOPTER.

Il n'est pas besoin de chercher bien longtemps pour comprendre comment William Wood fut amené à donner ce nom de tubercule sous-cutané douloureux aux tumeurs dont nous nous occupons. Par cette expression complexe en effet, il résumait toute l'histoire de la maladie. *Tubercule,* car dans la plus grande généralité des cas, ainsi que nous le montrerons dans la suite, c'est une production de petit volume, de plus, elle siége sous la peau et le phénomène principal dominant auquel elle donne naissance est la douleur.

Nous ne nous appesantirons pas à discuter les noms qui lui furent donnés par les anciens auteurs, tels sont : *Nodus* (A Paré), *ganglions nerveux* (M. A Petit), ni ceux qui

(1) Bouchage, thèse de Paris, 1874.
(2) Berrué, thèse de Paris, 1875.
(3) Richard, thèse de Paris, 1874.
(4) Tillaux, Observations de fibrômes sous-cutané douloureux de la région mammaire droite, 1870, in Gaz. des Hôp., p. 178.

donnent une fausse idée de sa nature tels que *Tumeurs squirrheuses enkystées* (Nélaton).

Il est en effet de toute évidence que ces expressions sont ou incomplètes ou fausses et que par cela même elles doivent être rejetées. La dénomination *d'Espèces particulières de tumeurs fibro-celluleuses enkystées* (Dupuytren) se rapproche sans doute beaucoup de la vérité, mais nous paraît néanmoins de beaucoup inférieure à celle de M. Wood.

Wilmot supprime le mot tubercule et le remplace par la périphrase de petites tumeurs, mais on ne peut se dissimuler que cette expression est bien peu scientifique, qu'elle n'a rien de spécial, rien d'individuel, Est-il préférable avec Velpeau de les appeler *tumeurs névromatiques* ? Mais cela donnerait à entendre qu'on ne veut pas les séparer des névromes, et les analyses histologiques, faites jusqu'à ce jour, sont bien peu favorables à cette opinion qui cependant, nous devons le dire, compte un grand nombre, de défenseurs.

Nous ne pensons pas davantage qu'il soit possible de s'en tenir à l'expression de *fibrome sous-cutané* (Follin) (1), car bien que le microscope nous montre ces tumeurs formées le plus souvent d'un tissu fibreux assez dense et disposé soit en faisceaux, soit en couches concentriques, il n'en reste pas moins avéré que des productions morbides d'un autre genre, lipomes, kystes sébacés, cicatrices, adénômes, ont pu dans certains cas donner lieu aux mêmes phénomènes douloureux.

Le mot de tumeur irritable pourrait s'appliquer à tous les cas observés jusqu'à ce jour mais semble affirmer que le tubercule lui-même n'est pour rien dans la douleur dont la seule cause serait le plus ou moins de susceptibilité de

(1) Follin, Path. ext., t. II, p. 101.

l'individu. Nous ne croyons pas qu'il soit permis d'assigner une pathogénie aussi incertaine à des phénomènes si tranchés, et la compression exercée sur les derniers filets cutanés ne doit pas être mise tout à fait hors de cause. Nous sommes d'autant plus portés à admettre cette manière de voir, que la compression exercée par un corps ordinairement très-dur, porterait précisément sur des filets nerveux réduits à leur cylinder axis.

Nous avions d'abord songé à remplacer le mot de tubercule par celui de nodus, mais nous avons réfléchi et nous ne pensons pas être autorisé à renverser une terminologie presque universellement adoptée pour établir une expression plus juste sans doute mais qui présente cependant aussi son côté défectueux. C'est pourquoi, bien que le mot tubercule possède aujourd'hui une signification toute spéciale et qu'il ne semble pas devoir être employé pour exprimer une lésion d'un ordre tout différent, nous croyons qu'il doit être maintenu.

Ce mot générique exprime bien en effet l'exiguité de la tumeur et de plus les épithètes de sous-cutané et douloureux transforment une simple locution en définition complète, aussi avons-nous conservé l'expression de M. Wood telle qu'il nous l'a donnée.

STRUCTURE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Obs. I. Observation avec examen microscopique présentée à la Société anatomique le 14 juillet 1876, par M. Ch. Rémy, interne des hôpitaux.

Le nommé Lemoine (Adrien), âgé de 54 ans, profession de *marinier*, est entré le 29 mars 1876 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Labbé, suppléé par M. Nicaise.

Cet homme très-robuste et très-vigoureux vient à la consultation, il présente un tubercule sous-cutané du volume et de la forme d'une grosse lentille, situé à la face interne du genou gauche, presque au

niveau de l'interligne articulaire et un peu en avant du ligament latéral interne. Ce tubercule repose sur un tissu aponévrotique auquel il n'adhère pas. Il est mobile sous la peau à laquelle il adhère complètement.

Appréciable à l'œil, il forme uue légère saillie et le palper dénote une consistance très-ferme.

La cause productrice en est inconnue. Le malade s'en est aperçu depuis trois ou quatre ans, le moindre choc est très-douloureux et provoque des élancements dans toute la partie interne de la jambe. Il subit l'influence des changements de température, devient violet et beaucoup plus douloureux les jours de pluie.

Traitement. — Incision à la peau et énucléation facile de la tumeur par eette ouverture. Sa consistance est toujours très-ferme, il est mis aussitôt dans l'alcool absolu.

Examen microscopique. — L'examen des pièces préparées pour le microscope nous apprend que cette tumeur est constitué uniquement par des fibrilles de tissu fibreux très-serrées et entre-croisées en faisceaux, de sorte que certains d'entre eux se présentent obliquement sectionnés et d'autres verticalement.

On aperçoit au milieu de ce tissu quelques vaisseaux, mais nos recherches répétées à plusieurs reprises ne nous ont pas fait découvrir de tubes nerveux. Les pièces ont été successivement traitées par le carmin, le picro-carminate d'ammoniaque, l'acide osmique, le chlorure d'or et de platine.

La profession exercée par l'homme qui fait le sujet de cette observation est bien en faveur de ce que nous disions plus haut, à savoir que la douleur n'est pas exclusivement due au plus ou moins d'irritabilité de l'individu.

Dans ce cas l'absence de filets nerveux dans la texture de la tumeur, laissant inexpliqué le phénomène douleur, nous sommes obligé de le rapporter à une compression médiate exercée par ce tissu dense sur les derniers rameaux des nerfs cutanés. Remarquons dès à présent que cette tumeur était un fibrome vrai contenant quelques vaisseaux mais sans aucune connexion nerveuse.

Obs. II. — Observation avec examen microscopique d'un fibrôme vasculaire du doigt, présentée a la Société anatomique de mars 1876, par M. Monod.

La nommée M..., âgée de 53 ans, entrée le 13 mars 1876 à l'hôpital Cochin, service de M. Desprès.

Elle porte une tumeur du volume d'un gros œuf sur le médius de la main gauche. Cette tumeur recouvre la deuxième phalange dans toute son étendue ; elle empiète sur la première et la troisième. La peau qui la recouvre est tendue, lisse, violacée. La tumeur n'est pas fluctuante, elle est plutôt molle que dure, résistante par places, offrant dans d'autres points une consistance élastique, notamment à la base. Cette consistance fait penser à un enchondrome. Elle est mobile sur les parties profondes, sauf au niveau de l'articulation de la première phalange avec la deuxième, point qui paraît être le lieu d'implantation de la tumeur.

Le début de l'affection remonte à trente-trois ans, et la malade à cette époque prenait son mal pour une petite verrue, l'accroissement a été lent, régulier, absolument indolent ; cependant la marche paraît avoir été un peu plus rapide depuis cinq ans. Tous les mouvements des phalanges étaient conservés, le malade éprouvait seulement un certain degré de gêne fonctionnelle en rapport avec le volume de la tumeur.

Il y a trois semaines, sans cause apparente, la tumeur devint rouge, douloureuse, et il ne tarda pas à se produire sur la partie culminante une large ulcération elliptique qui laissait suinter un liquide sanieux.

La malade réclamant l'opération, M. Desprès pratiqua l'amputation du doigt dans la continuité. Après avoir incisé la tumeur, on constate que la phalange est intacte, le tendon de l'extenseur très-aminci est sous-jacent à la tumeur qui ne lui adhère pas ; elle n'adhère pas davantage à la peau et paraît être énucléable dans toute son étendue, excepté à la partie postérieure où elle semble se fusionner avec le tissu fibreux péri-articulaire.

A la coupe, la tumeur présente deux aspects différents. La *périphéris* a l'apparence d'un tissu amorphe d'un gris jaunâtre, dur, translucide, offrant une analogie d'aspect avec le cartilage et parsemé de taches rougeâtres. La partie *centrale* est plus molle et souvent plus rouge ; ce point ressemble à un véritable foyer hémorrhagique.

Examen histologique. — La pièce a été examinée au microscope par M. Ch. Monod.

Voici les résultats de cet examen : La tumeur présente deux aspects bien différents, suivant la région qu'on examine. Sur un fragment pris à la surface de la tumeur, on reconnaît l'existence d'un tissu fibreux dense, pauvre en éléments cellulaires, on ne trouve nulle part d'éléments cartilagineux. Par places apparaissent dans les points qui correspondent aux taches rougeâtres signalées plus haut, de nombreuses dilatations vasculaires. En se rapprochant du centre, on voit des espaces sanguins reconnaissables aux globules rouges et blancs qui les remplissent ; ces espaces communiquent les uns avec les autres et constituent un véritable tissu caverneux. Enfin un autre fragment détaché de la partie profonde de la tumeur, de celle qui paraît se fusionner avec les tissus fibreux du doigt est constituée par un tissu fibreux jeune encore ; formé par des faisceaux de tissu conjonctif présentant leur aspect ondulé caractéristique avec des éléments cellulaires disséminés. A ce niveau, on constate également, mais dans une proportion beaucoup moins considérable, des capillaires dilatés partout indépendants. Il est clair que cette portion de la tumeur est à une période de développement moins avancée que la précédente.

En somme, de ces différents examens, il résulte que la tumeur est un fibrôme subissant par places la transformation caverneuse. Ce fait est donc un exemple très-net de fibrome télangiectasique.

Dans la thèse qu'il avait soutenue quelques années auparavant, M. Monod (1) a signalé que l'angiome simple sous-cutané circonscrit, peut, dans certains cas, avoir une très-grande consistance et résister sous le doigt qui le presse.

Il nous a appris de plus que dans ce cas l'angiome était le plus souvent formé d'une coque fibreuse périphérique, tandis que la partie centrale était vasculaire. Mais, nulle part dans ce travail il n'est question que ces tumeurs aient pris le caractère douloureux. Ce fait étant noté d'une façon très-explicite dans l'observation ci-dessus, nous avons pensé bon de la rapporter, elle montre en effet que ces sortes d'angiomes, moitié fibreux, moitié vasculaires

(1) Monod, 1873, Etude sur l'angiôme simple sous-cutané circonscrit.

peuvent avoir tous les caractères symptomatologiques du tubercule sous-cutané douloureux.

Tubercule sous-cutané douloureux. — Fibrome simple peu vasculaires.

Observation communiquée par M. le professeur agrégé Nicaise.

M. X..., âgé de 40 ans, puisatier, entre le 6 octobre 1865 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Gosselin.

Pas de maladies antérieures, pas de syphilis. Il y a trois ans, il survint sur la partie antérieure de la cuisse gauche, un peu au-dessus du genou, une petite tumeur du volume d'une tête d'épingle ; elle augmente lentement et acquiert, il y a six mois, le volume d'un gros pois qu'elle conserve depuis. Cette tumeur fait une légère saillie ; elle est spontanément douloureuse. La douleur se manifeste le matin ou le soir, quelquefois au lit et dans les changements de temps, et aussi à la suite de fatigues. Le malade ne peut supporter le contact des couvertures, de son pantalon ; la colère réveille aussi les accès. Le malade boîte souvent.

Depuis longtemps, les accès viennent une ou deux fois par jour ; la douleur dure une heure ou uue beure et demie ; elle débute au niveau de la tumeur et ne s'étend qu'un peu en dedans et en bas, snr la peau qni recouvre la face interne du genou. Elle est térébrante et s'accompagne d'exacerbations vives pendant l'accès, ce qui amène même des soubresauts de tout le corps.

Le tubercule est non-seulement douloureux spontanément, mais il l'est aussi à la pression. En pressant directement sur la tumeur, on produit une douleur très-vive et on provoque quelquefois l'accès ordinaire. La pression latérale exercée en prenant la tumeur entre deux doigts ne détermine qu'une douleur légère et non suivie d'accès.

Le malade n'a jamais eu de névralgies.

M. Gosselin fait une incision cruciale et la petite tumeur fait hernie ; elle adhère aux tissus voisins par quelques brides cellulaires que l'on coupe avec des ciseaux. Réunion avec des bandelettes collodionnées, on les enlève le troisième jour ; il y a un peu de suppuration. Le malade sort guéri trois jours après.

Examen microscopique, — La tumeur est formée par des faisceaux du tissu conjonctif entrelacés en tous sens et renfermant des cellules plasmatiques ; il y a des vaisseaux en certain nombre ; pas de nerfs.

En outre, la tumeur ne paraissait pas être en rapport par sa face externe avec les nerfs. C'est donc un fibrome simple, formé de tissu conjonctif adulte et peu vasculaire. On ne rencontrait pas la disposition des fibres en couches concentriques, comme l'ont indiqué certains auteurs.

Tubercule dermique douloureux. — Sarcome de la face profonde du derme.

Obs. IV. (Communiquée par M. le professeur agrégé Nicaise.)

Un homme de 50 ans, replet, d'un tempérament sanguin, porte depuis dix ans un tubercule sous-cutané douloureux à la jambe gauche, sur la face antérieure du condyle interne du tibia. La tumeur, allongée verticalement, a le volume d'un gros pois ; la peau qui la recouvre est amincie, rongeâtre, adhérente et présente une cicatrice due à une cautérisation faite avec l'acide nitrique. Le moindre contact est extrêmement douloureux, aussi le malade est-il toujours préoccupé de sa tumeur. Autour de la tumeur, la sensibilité de la peau est normale. Les douleurs sont plus vives par les temps humides et froids. Le malade insiste beaucoup sur ce point.

Avant le développement du tubercule actuel, il y avait, dit le malade, une sorte de petite verrue qu'il a excisée avec des ciseaux.

Le 9 avril 1875, la tumeur est enlevée par deux incisions courbes, avec la peau qui la recouvre. La cicatrisation de la plaie ne tarde pas à se faire et les douleurs ne reparaissent pas.

Examen histologique du à l'obligeance de M. Renaut.

« La tumeur est située dans les couches les plus profondes de la peau; immédiatement au-dessous de la zone des glandes sudoripares existe une couche de tissu fibreux épaisse et dense, traversée par des réseaux élastiques et montrant des coupes d'artères modifiées par l'inflammation (endartérite). Le premier petit nodule situé au milieu de la coque fibreuse est arrondi et constitué par des éléments embryonnaires serrés les uns contre les autres. Au-dessous de cette tumeur, s'en trouve une autre également entourée de tissu fibreux e atteignant le volume d'un grain de maïs. Elle est constituée par des cellules embryonnaires serrées les unes contre les autres et formant des systèmes arrondis autour de nombreux vaisseaux artériels pour la plupart, vaisseaux dont la membrane moyenne est tellement sclé-

rosée que la lumière de la plupart d'entre eux est oblitérée. A la périphérie, en empiétant sur la zone fibreuse, on voit de petits îlots ronds formant des sortes de festons et constitués par des cellules embryonnaires placées les unes à côté des autres. A un faible grossissement, cet aspect rappelle la disposition d'ensemble de la substance folliculeuse d'un ganglion lymphatique, mais plusieurs coupes traitées par le pinceau ont montré que le tissu adénoïde n'entrait nullement dans la composition de la tumeur. De plus, dans la couche fibreuse qui entoure la tumeur se montre une zone de prolifération tout à fait analogue à celle qu'on trouve à la périphérie des sarcomes. Cette petite tumeur ne rentre nettement dans aucune catégorie bien définie. Elle diffère du sarcome fasciculé par la présence d'un grand nombre de vaisseaux artériels à parois très-distinctes. Ces vaisseaux sont le siége d'une endartérite oblitérante qui a déterminé l'imperméabilité du plus grand nombre. Le type dont cette production se rapproche le plus est le fibro-sarcome syphilitique de la peau. Rien cependant n'autorise à tirer de l'examen de la tumeur des conclusions en faveur d'une origine spécifique. C'est un petit sarcome présentant une physionomie particulière; il ne nous a paru contenir aucun nerf ni se trouver en connexion immédiate avec aucun tube nerveux. »

L'examen a été fait par MM. Ranvier et J. Renaut au laboratoire d'histologie du Collége de France, le 10 juillet 1875.

Obs. V. (Communiquée par M. Eruest Laplanche, interne provisoire à Bicêtre, service de M. Anger.)

Mlle H..., âgée de 24 ans, brocheuse sur drap, raconte qu'il y a deux ans, elle s'est heurtée le côté gauche contre son métier et que depuis cette époque elle a constaté la présence d'une petite tumeur à ce niveau. Elle ne fit aucun traitement.

En examinant la malade, on remarque un petit tubercule de la grosseur d'une noisette, situé à deux centimètres au-dessous du mamelon gauche.

Depuis huit mois, elle éprouve dans le côté correspondant, une douleur assez vague qu'exaspere une fatigue ou un excès de travail. De plus elle accuse un engourdissement marqué et une sensation de pesanteur dans tout le bras gauche. La tumeur n'a pas sensiblement augmenté de volume depuis deux ans. Mais la douleur est devenue très-violente à la suite d'un travail forcé au mois d'août 1876 et c'est alors qu'elle est venue à la consultation.

La moindre pression déterminait alors une douleur excessivement vive s'irradiant dans toute la partie supérieure du tronc et le bras du côté correspondant. Rien n'eût été plus facile que d'enlever la tumeur très-mobile du reste, mais la malade s'y refusa obstinément.

Bientôt la douleur augmenta et cela d'une façon assez rapide pour que la malade fût obligée d'abandonner son travail; aussi devant cette exacerbation des douleurs se décida-t-elle à se laisser opérer.

Traitement. Durant le mois de septembre, la malade s'était contentée de faire des frictions d'onguent mercuriel belladoné sur l'endroit douloureux. Mais n'en ayant obtenu aucun résultat, elle revient à la consultation.

Après anesthésie préalable on fit au-dessous du mamelon une incision de 0,04 cent., comprenant la peau et une partie du tissu cellulaire sous-cutané. Il fut aussitôt facile d'apercevoir au fond de la plaie le petit tubercule enkysté dans le tissu cellulaire et si peu adhérent que l'énucléation se fit pour ainsi dire d'elle-même.

Pansement à l'alcool et trois points de suture; les jours suivants, il se développe un commencement d'érysipèle mais qui disparaît assez rapidement. Dix jours après, la cicatrice était complètement formée et toute douleur avait disparu.

Examen histologique par M. Ch. Rémy. Nous nous trouvons ici en présence d'un adénome caractérisé par des îlots de tissu glandulaire très-développés et circonscrits par des bandes fibreuses.

On remarque en plusieurs points des dilatations kystiques de petit volume. Nulle part il n'est possible d'apercevoir de nerfs.

Le tissu glandulaire se présente sous forme de tubes épithéliaux cylindriques, très-ramifiés et enroulés comme le seraient ceux d'une glande sudoripare. Les îlots sont entourés de leur capsule fibreuse recouverte du tissu cellulo-graisseux normal ne contenant pas trace de filets nerveux.

Cette pièce a été préparée premièrement par macération dans l'alcool absolu puis traitée par l'acide osmique, l'acide acétique, la soude caustique et le picro-carminate.

Nous devons rapprocher de cette observation celle présentée par M. le professeur agrégé Tillaux (1), que nous nous dispenserons de reproduire, vu qu'elle semble être en

(1) Tillaux, 1870, Gaz. des hôp., p. 178.

tout point analogue à la nôtre. Signalons toutefois quelques particularités : la tumeur enlevée par M. Tillaux était, il est vrai, libre dans le tissu cellulaire, mais présentait un pédicule la reliant à la glande. Nous ne pensons pas que la présence de ce pédicule puisse constituer une bien grande différence au point de vue anatomique, car il n'y a rien d'impossible à ce que, dans le cas que nous rapportons, le même pédicule ait existé au début. La constitution de la tumeur est, du reste, dans les deux, à peu près identique. Dans notre observation il s'agit d'un adénome, et dans celle de M. Tillaux c'était, dit-il, une tumeur constituée par du tissu glandulaire mélangé d'un certain nombre d'éléments fibreux.

Dans les tissus cicatriciels on voit se développer de petits tubercules douloureux, nous citerons, pour exemple, deux des observations rapportées par Descot. L'une a trait à une cicatrice, résultat de l'ouverture d'un furoncle sous-mental, et l'autre se rapporte à une piqûre qu'un cordonnier se fit au doigt. Nous avons eu, pour notre part, l'occasion d'observer dernièrement, dans le service de M. Labbé, une petite tumeur développée dans l'épaisseur d'une cicatrice mammaire et dont nous allons donner l'histoire détaillée.

Obs. VI. (Personnelle.) De nodosité douloureuse dans une cicatrice de la peau du sein. (Kyste sébacé.)

La nommée J... Joséphine, âgée de 23 ans, service de M. Labbé, femme bien constituée et d'un tempérament nervoso-sanguin, était entrée autrefois pour une grossesse à terme. Elle accuse comme antécédents quelques crises nerveuses dont nous n'avons pu au juste apprécier l'importance et qui auraient paru une première fois à l'âge de 13 ans, un mois environ avant l'apparition des menstrues. La malade était âgée de 18 ans lorsqu'elle ressentit à nouveau ses attaques, elles n'eurent qu'une durée assez courte et depuis elle ne semble en avoir conservé qu'une très-grande susceptibilité. Après ses couches, elle

voulut allaiter son enfant, mais le mamelon trop peu saillant, la força bientôt à y renoncer. Il se développa alors dans la mamelle du côté droit un phlegmon qui nécessita l'emploi du fer rouge et des incisions répétées.

Il y a déjà plusieurs jours, que sentant des élancements douloureux dont le point de départ était une des cicatrices mammaires de la région latérale externe, elle craignit une nouvelle poussée inflammatoire et en prévint le chirurgien.

Nous constatons alors une petite nodosité de consistance très-ferme dont l'accroissement s'était fait en quelques jours, faisant partie intégrante de la cicatrice, et qui détermine des accès douloureux avec élancements irradiés vers le creux axillaire. La douleur ne se propage ni dans le bras ni dans le thorax du côté opposé, ni vers les membres inférieurs.

Il est nécessaire de comprimer la petite tumeur avec assez de force pour faire naître les accès; cependant, la malade nous assure qu'elle est quelquefois réveillée subitement par les douleurs dues au simple frottement des couvertures.

Elle est mobile sur les tissus sous-jacents.

Elle n'augmente pas de volume durant les accès, la coloration de la peau ne varie point davantage, mais la malade nous affirme que durant les temps humides, les accès sont beaucoup plus fréquents.

Après avoir soumis la malade aux inhalations de chloroforme, M. Labbé fit une incision de 0,02 à 0,03 et enleva la tumeur dont l'énucléation se fit très-facilement. etc.

Examen microscopique. La tumeur qui fait le sujet de cette observation et que notre ami Ch. Rémy a bien voulu examiner, était un kyste sébacé placé au milieu d'un tissu cicatriciel fibreux. Il présente une membrane épithéliale et l'intérieur est rempli de détritus graisseux que l'acide osmique colore en noir. On aperçoit à l'œil nu quatre kystes de un demi à un millimètre de diamètre, ils sont formés de matière graisseuse située au niveau ou au voisinage du point d'implantation d'un poil. Nous n'avons vu aucun nerf y aboutir.

Dans son Traité des tumeurs, Broca signale le fait d'un lipome douloureux. Malgré toutes nos recherches, il nous a été impossible d'en trouver d'autre observation que celle

rapportée par Sabatier (1). Nous ne nous décidons à la transcrire ici que sur la considération de sa rareté. La tumeur, en effet, dont il y est question, semble être d'assez gros volume, et, dans tous les cas, on ne pourrait pas lui donner le nom de tubercule.

Observation de lipome douloureux

Obs. VII. — Une femme, âgée de 40 ans, se présente à l'Hôtel-Dieu dans un état de dépérissement marqué, qu'elle attribuait à la violence et à la continuité des douleurs, que lui faisait éprouver depuis environ dix ans une tumeur de *volume moyen* située au niveau de l'épine postérieure et supérieure de l'os des iles. Elle présentait tous les caractères extérieurs d'un lipome non enflammé. Après l'avoir enlevée, on trouva que comme toutes les tumeurs de ce genre, elle était formée par des globules graisseux, que ces globules étaient séparés par des cloisons épaisses, lardacées, fibreuses, dans quelques points cartilagineuses et criant sous le scalpel qui les divisait. Aussitôt après l'opération les douleurs cessèrent, la malade reprit incontinent son appétit et ses forces et elle ne tarda pas à recouvrer sa santé première qu'elle avait perdue depuis si longtemps.

M. Ch. Rémy (1) a parfaitement démontré que, souvent, le molluscum débutant par une tumeur unique, présentait le caractère douloureux. Les quelques observations que nous venons de rapporter sont, pensons-nous, suffisantes pour établir la multiplicité des formes anatomiques du tubercule sous-cutané douloureux. Pour nous résumer, nous dirons, en rangeant ces variétés dans leur ordre de plus grande fréquence, que le micrographe rencontre soit des fibromes purs ou vasculaires, soit des adénomes, des kystes, des molluscums et, enfin, des lipomes. Ce n'est pas à dire que, seules, les tumeurs que nous venons de passer rapi-

(1) Sabatier, 1832, Médecine opératoire, édit. de Bégin et Samson, t. III, p. 98.

(2) Ch. Rémy, Société anatomique, déc. 1875.

dement en revue soient douloureuses, car la plupart d'entre elles, pensons-nous, peuvent à un moment donné prendre ce même caractère.

SYMPTOMATOLOGIE.

Dans l'étude qui nous reste à faire, nous nous appuierons spécialement sur les observations déjà citées. Elle aura pour but de démontrer ce que nous avancions au commencement de notre travail, que les symptômes cliniques sont toujours les mêmes, quelle que soit la variété anatomique de la production morbide.

Nous pensons qu'il est inutile de reproduire les nombreuses observations détaillées dans les travaux de nos prédécesseurs. Celles que nous avons rapportées seront suffisantes pour établir l'analogie constante des symptômes. L'observation, prise sur un étudiant en médecine, que Bouchage rapporte dans sa thèse, a une très-grande valeur, et nous conseillons vivement de s'y reporter à ceux qui voudraient constater par eux-mêmes la véracité de notre dire.

En résumé, les symptômes principaux et qui doivent diriger l'observateur dans la recherche de cette affection, sont :

1° La *douleur*, quelquefois spontanée, mais plus souvent réveillée par la pression sans même que celle-ci soit très-énergique, le frottement seul, en effet, soit par les vêtements, soit par tout autre corps, les détermine presque infailliblement. Elle a en outre, pour caractère, de ne jamais rester localisée dans le tubercule qui, le plus souvent même, semble être complètement insensible aux excitations. Mais comment se fait cette irradiation ? C'est

là, en effet, un point essentiel; nous avons vu qu'elle ne se faisait pas suivant la direction connue d'un nerf, ainsi que le serait celle d'une névralgie simple ; elle se propage plutôt en affectant tous les tissus circonvoisins jusqu'à une distance plus ou moins grande. Remarquons, en outre, sans que nous puissions en donner d'explications, qu'elle a une tendance généralement plus marquée à se porter vers les parties supérieures aux tubercules, l'épaule pour ceux du sein, le tronc pour ceux du membre inférieur. Nons ne donnons pas son intensité comme caractère, car elle doit nécessairement varier suivant les sujets qui en sont atteints et suivant d'autres circonstances qui nous sont encore inconnues.

2° La *constatation de la tumeur;* n'oublions pas cependant qu'elle peut, dans certains cas, être assez petite pour échapper à l'exploration du chirurgien. Quoi qu'il en soit, cette anomalie est assez rare, puisque nous n'en avons trouvé qu'un seul exemple dans un cas que nous avons entendu citer par M. Labbé. Le tubercule est le plus généralement superficiel, et cette circonstance doit faciliter l'examen du malade, il n'est cependant pas impossible qu'il puisse se produire dans le tissu cellulaire profond. Ce sont là, douleur avec les caractères que nous lui avons assignée et constatation du tubercule, les deux éléments principaux du diagnostic de cette affection. Mais, il en est d'autres, que nous pouvons considérer comme secondaires, et qui sont cependant indispensables à connaître.

Dans ce groupe nous rangerons :

1° La *bénignité de la tumeur*. L'on ne pourrait soutenir, en effet, que c'est là une maladie généralisée, puisque le plus souvent la tumeur est unique et ne se reproduit pas, soit sur place, soit en un endroit plus ou moins éloigné, lorsque l'extirpation en a été faite. Les quelques observa-

tions qu'il serait possible de citer contre cette opinion reposent, croyons-nous, sur des erreurs de diagnostic faites alors que les chirurgiens ne savaient pas distinguer cette affection du cancer. On pourrait enfin objecter, et certaines observations en font foi (1), que cette maladie s'est accompagnée de cachexie et de débilité générale, mais cet anéantissement de l'économie était due, dans ce cas, à la violence des douleurs et nullement à une infection de l'organisme. S'il en eût été autrement, comment expliquerait-on le retour rapide de la santé aussitôt que, par l'enlèvement de la cause, on a pu supprimer la douleur.

2° La marche lente que revêt cette affection, lenteur poussée, dans certains cas, à un degré tel, que dix-huit ans après avoir débuté par le volume d'une tête d'épingle, la tumeur est arrivée à la grosseur maximum d'une petite noisette. Après ce laps de temps si considérable, la peau, il est vrai, adhérait au nodus, mais n'offrait aucune altération, aucune tendance à l'ulcération, les ganglions correspondants n'étaient nullement indurés, rien, en un mot, n'annonce une maladie générale.

3° Dans certains cas, on a vu la peau changer de coloration pendant l'accès douloureux, devenir bleuâtre ou violette. Ce phénomène est loin d'être constant, nous le trouvons signalé, cependant, dans les observations que rapporte Wilmot et aussi dans celle que nous devons à l'obligeance de notre excellent ami Ch. Rémy. Ce changement de coloration de la peau, qui est pour ainsi dire la règle dans les adénomes, doit être rapporté à un cause hygrométrique. A ce propos, toutefois, rappelons que quelques observateurs ont signalé ces mêmes modifications durant les époques menstruelles chez les femmes portant des tubercules sous-

(1) Observation de Sabatier, loc. cit.

cutanés. Rapprochons enfin de ce fait celui que présentent les seins hystériques pendant l'attaque.

Mais comment expliquer les douleurs ? Le problème est loin d'être aussi facile surtout en ce qui regarde ses caractères d'intensité et d'intermittence.

L'irritabilité (1), en effet, bien qu'elle puisse être invoquée dans certains cas, ne saurait être toujours admise, et l'absence de filets nerveux dans la texture de la tumeur ne permet pas de donner à la douleur la même explication que pour les névromes. Nous sommes donc obligé de penser qu'elle est due à la compression des nerfs contenus dans les tissus avoisinants, et plus spécialement de ceux de la peau qui, dépourvus de gaine celluleuse, sont plus directement impressionnables.

Nous ne nous dissimulons pas cependant que c'est là une explication tout arbitraire, nous ne pouvons en effet l'appuyer d'aucune preuve certaine, et nous n'y arrivons que par l'élimination des hypothèses admises antérieurement.

Qu'il nous soit permis maintenant de reproduire la description que M. Wood a faite de ces tumeurs.

Nous en devons la traduction littérale à notre excellent ami M. Henri Soin, externe des hôpitaux.

« Cette maladie consiste dans la formation d'une tumeur « ou tubercule de nature particulière, dans le tissu sous-« cutané.

« Il se rencontre dans les différentes parties du corps, « mais le plus souvent aux extrémités et surtout aux « membres inférieurs. Il est extrêmement petit, générale-« ment de consistance ferme en apparence, tout-à-fait cir-« conscrit, situé uniquement dans la substance cellulaire, « immédiatement sous les téguments qui conservent leur

(1) Broca, Traité des tumeurs.

« apparence et leur coloration normales. Dans le plus « grand nombre des cas, rien ne révèle à l'œil l'existence « de la maladie, et ce n'est que par un examen et une palpa- « tion attentives que le tubercule devient accessible au « chirurgien.

« Dans quelques cas cependant, il était assez super- « ficiellement situé bien que de petit volume pour former « une éminence visible. La douleur à laquelle cette mala- « die donne naissance est extrêmement vive et s'étend à « une distance considérable dans les parties voisines, elle « n'est pas continue, mais paroxystique et les accès varient « de dix minutes à deux heures. Ils semblent augmenter « en intensité et en fréquence d'autant que la maladie dure « depuis plus longtemps. Chez quelques malades les inter- « valles sont de plusieurs semaines, chez d'autres les « paroxysmes reviennent plusieurs fois par jour. Ils « viennent d'ordinaire spontanément, mais dans un des « cas que j'ai observés, ils étaient souvent amenés par le « frottement du pantalon sur le tubercule. Fréquemment « l'attaque survient pendant le sommeil auquel cas, les « malades sont brusquement réveillés par la douleur « dont l'intensité est variable suivant les individus. Tous « les malades que j'ai examinés reconnaissent qu'on peut « les palper librement dans l'état ordinaire, *in its ordinary* « *state*, sans déterminer grande douleur, mais se plaignent « d'une grande aggravation si l'on vient à toucher même « légèrement le tubercule ou la peau environnante durant « l'accès. Une dame dont je donne l'observation détaillée, « raconte que la sensibilité du tubercule est notablement « accrue par les changements de température.

Quelques-uns des malades ont constaté une augmenta- « tion de volume pendant l'attaque douloureuse *during the* « *attack of pain*, et d'autres un changement de coloration

« de la peau. Bien que je n'ai pu par moi-même constater « la vérité de leur dire, je n'ai aucun motif de douter de « leur assertion.

« Une circonstance singulière c'est que, dans tous les cas « que j'ai eus à ma connaissance, à part une exception peut-« être, ces tubercules siégeaient sur des femmes.

ETIOLOGIE.

Nous avons peu de choses à en dire car le plus souvent elle est aussi inconnue pour le malade que pour le chirurgien. Attribuée par les uns à des coups par les autres à des piqûres, il est impossible de savoir si ces causes supposées de la tumeur n'ont pas été simplement le point de départ de son irritation et par suite de la douleur. Quelques observations attestent que l'apparition du nodus à coïncidé avec le début d'une grossesse, et qu'il s'en est réformé un nouveau à chaque conception ; mais peut-on légitimement sur cette coïncidence établir un rapport de causalité? La chose nous semble complètement impossible. En résumé les cicatrices succédant à des piqûres ou à des plaies présentent seules un certain degré de certitude au delà duquel il ne nous est pas permis d'arriver.

Leur existence beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes,

Paget { hommes 5.
femmes 23.

leur siége d'élection aux membres inférieurs, sont autant de problèmes que nous devons nous poser, mais sans pouvoir en donner de solution. — on les trouve surtout chez les adultes, et nous ne croyons pas qu'ils aient été jamais observés sur les enfants. Notre excellent maître M. Perrochaud, médecin de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer

n'en a pour son compte jamais observé aucun cas, parmi les milliers d'enfants scrofuleux confiés à ses soins. Or, la compétence du docteur Perrochaud est assez considérable sur tout ce qui touche à la médecine de l'enfance, pour que nous nous croyions autorisé à accepter sa parole comme une preuve, et à affirmer que c'est là une affection complètement inconnue au dessous de douze ans.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

D'après ce que nous avons déjà dit précédemment, tant sur la structure que sur la symptomalogie du tubercule sous-cutané douloureux, il ressort que si le diagnostic clinique peut, le plus souvent, se faire avec facilité, le chirurgien restera toujours dans une certaine hésitation, s'il cherche quelle en est la variété anatomique.

Nous avons donc ici deux points à examiner : 1° Savoir si l'on est en présence d'un tubercule sous-cutané douloureux, et 2° préciser, autant qu'il est possible, la structure de la tumeur.

La première partie du diagnostic repose essentiellement sur le *caractère douloureux* dont s'accompagne l'affection, et nous ne pourrions, à ce sujet, que répéter ce que nous avons dit dans l'étude des symptômes. C'est, qu'en effet, dès l'instant que le chirurgien aura constaté l'existence de la douleur avec les caractères que nous lui avons assignés, et que par le palper il aura découvert la tumeur à siége le plus souvent superficiel, à marche lente, et ne s'accompagnant d'aucune réaction générale, il pourra affirmer son diagnostic de tubercule sous-cutané douloureux.

Mais le second point est beaucoup difficile, et nous nous retrouvons ici en face de l'obscurité qui environne la plupart des productions morbides de ce genre. C'est ce qui a

fait dire à M. Gosselin (1) : « que par le mot *tumeur* on veut indiquer ou bien une saillie anormale sur la nature intime de laquelle on n'est pas entièrement fixé, ou bien une saillie anormale qu'on n'espère pas voir disparaître spontanément, ou après l'emploi des médicaments, et dont le malade ne peut être débarrassé que par une opération chirurgicale. »

Nous trouverons toutefois, dans les signes physiques, des éléments que nous pourrons mettre à profit pour établir certaines distinctions.

Le *névrome* diffère du tubercule sous-cutané vrai par son siége ; le premier se rencontre, en effet, sur la continuité d'un nerf décrit dans les traités d'anatomie. On ne doit cependant pas poser une règle aussi générale, car l'hypertrophie des corpuscules du tact (2) doit être considérée comme un névrome véritable, et siége sur la terminaison d'un rameau nerveux relativement petit. Mais, dans le premier, la douleur se propage suivant une direction qu'il est facile de déterminer à l'avance, tandis qu'il n'en est pas de même pour le second, dont la propagation de la douleur est irrégulière et indéterminée. On ne saurait confondre le tubercule avec un *cancer* dont la marche est rapide, qui se reproduit dans les ganglions ou dans un autre point de l'économie, et qui enfin, tend à l'ulcération. Les douleurs, du reste, n'ont pas le même caractère.

Après avoir pénétré dans les tissus, les *corps étrangers*, surtout lorsqu'ils sont de petit volume, s'enkystent rapidement grâce à l'inflammation que détermine leur présence. Chez des malades, peu observateurs d'eux-mêmes, il se peut fort bien que ce mode de début passe inaperçu,

(1) Gosselin, Cliniques chirurgicales, 1873, t. II, 85e leçon.

(2) Journ. d'anat. et phys., de Ch. Robin, 1870-71, p. 171, obs. de Labbé et Legros.

et dans ce cas, le médecin peut croire qu'il a affaire à un nodus sous-cutané douloureux. Nous ne croyons pas qu'il y ait possibilité d'établir, sur des bases certaines, un diagnostic différentiel, d'autant plus que les piqûres doivent être regardées comme une des causes les plus probables de ce genre de tumeurs. Nous en dirons autant des autres sortes de kystes qui, paraissant après un traumatisme quelconque, sont de petit volume, et présentent le caractère douloureux. L'exiguité de la tumeur, en effet, ne permet pas de percevoir la fluctuation qui pourrait, dans certains cas, mettre sur la voie du vrai diagnostic.

Les lipomes se reconnaîtront à leur consistance généralement plus molle, plus pâteuse, de plus, par le refroidissement déterminé au moyen des applications de glace ou d'un jet d'éther pulvérisé, on peut accroître leur consistance.

Malheureusement ce signe diagnostique, imaginé par M. Hénocque et signalé par M. Darbez (1), serait ici de peu d'importance, puisque le chirurgien rencontrera plus souvent des fibro-lipomes que des lipomes vrais.

Le *tubercule ordinaire* se distinguera par l'absence même de douleurs, sa marche rapide, sa tendance à l'ulcération et sa présence sur des sujets syphilitiques ou scrofuleux.

Le *molluscum* qui, nous l'avons vu, est souvent douloureux lorsque, du moins, il n'est pas encore généralisé, est plutôt une affection de la peau que du tissu cellulaire. Il est bien rare, enfin, de voir le tubercule sous-cutané se généraliser à l'égal du molluscum.

Les *gommes syphilitiques* ne sont pour ainsi dire jamais un symptôme isolé de cet empoisonnement. Les commé-

(1) Darbez, 1868, thèse de Paris, Sur les lipomes et la diathèse lipomatense.

moratifs, lorsqu'ils pourront être établis, et le traitement antisyphilitique dissiperont du reste toutes les incertitudes. Si le chirurgien constatait la présence d'un tubercule douloureux en un point où siége normalement une glande, il serait autorisé à penser qu'il se trouve en présence d'un *adénome*. Mais si le tubercule prenait naissance au milieu même des lobules de la glande, il se pourrait alors qu'il y eût confusion avec la mamelle irritable. Cette dernière, cependant, paraît ne se rencontrer que chez des femmes hystériques ou atteintes de quelque affection utérine (1).

Le diagnostic anatomique n'a, du reste, qu'une valeur secondaire, puisque dans tous les cas l'extirpation de la tumeur est le seul traitement rationnel.

TRAITEMENT.

Le traitement se résume donc en ce seul mot : l'extraction. Il suffira au chirurgien, après s'être bien assuré du siége exact de la tumeur, de faire à ce niveau une incision suffisamment grande pour livrer passage au tubercule. L'énucléation en est, le plus souvent, on ne peut plus facile, soit au moyen de pinces à griffes ou de pressions latérales, suivant qu'il y a des adhérences ou que la nodosité est libre dans le tissu cellulaire.

Ni les fondants, ni les résolutifs ne parviendraient à la faire disparaître, le mieux est d'en arriver le plus tôt possible au traitement chirurgical. Le chloroforme qui, vu les douleurs excessives, semble devoir trouver son emploi dans cette opération, devra souvent être abandonné. En effet, si comme cela est arrivé à M. Labbé au sujet d'un névrome,

(1) Brutus Connard, 1876, thèse de Paris, Sur le sein hystérique.

on avait affaire à une très-petite tumeur, la sensibilité du malade serait alors le seul guide de l'opérateur. C'est là sans doute un cas exceptionnel, mais dont il est bon que le praticien soit prévenu.

Si, enfin, le malade se refusait à toute opération, il serait indiqué d'employer les anesthésiques et les stupéfiants mais ils ne joueront jamais qu'un rôle palliatif. Utiles contre la douleur, ils seront toujours inutiles contre sa cause.

CONCLUSIONS.

Du travail auquel nous venons de nous livrer, nous croyons être en droit de conclure que le tubercule sous-cutané douloureux présente un syndrôme clinique bien défini et toujours invariablement le même. Mais la lésion qui donne naissance à ce groupe de symptômes est essentiellement variable, elle peut revêtir, en un mot, diverses formes anatomiques.

Unité clinique, multiplicité anatomique. Nos examens histologiques nous permettent enfin d'affirmer que la présence de filets nerveux dans la constitution de ces tumeurs n'est nullement nécessaire pour qu'elles deviennent douloureuses.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des aponévroses.

Physiologie. — De la sécrétion de la bile et rôle de ce liquide.

Physique. — Description des piles les plus usitées.

Chimie. — Théories sur la constitution chimique des sels, solubilité des sels, action des sels les uns sur les autres. (Lois de Berthollet et de Wollaston.)

Histoire naturelle. — Des tiges, leur structure, leur direction, caractères qui distinguent les tiges des monocotylédonés de celles de dycotylédonés. Théories sur leur accroissement.

Pathologie externe. — De l'astigmatisme.

Pathologie interne. — Des concrétions sanguines dans le système veineux.

Pathologie générale. — Des métastases.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des lésions des nerfs.

Médecine opératoire. — De la valeur des appareils inamovibles dans le traitement de la coxalgie.

Pharmacologie. — Des gargarismes et des collutoires, des collyres gazeux, liquides, mous et solides, des injections, des inhalations, des lotions, des fomentations, des fumigations, etc.

Thérapeutique. — Des indications de la médication tonique.

Hygiène. — De l'action de la lumière sur l'organisme.

Médecine légale. — Empoisonnements par le chloroforme et l'éther. Comment peut-on reconnaître la présence de ces anesthésiques dans le sang ?

Accouchements. — Des paralysies symptomatiques de la grossesse.

Vu par le président de la thèse,
GOSSELIN.

Permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER.